



**SOLICITUD SOBRE INFORMACIÓN  
DE SEGURO**  
INSURANCE INFORMATION  
REQUEST

FECHA	ID DEL CLIENTE
Número gratuito: 1-800-204-6429	TTY/TDD: 1-800-204-6430
FUNCIONARIO	EXTENSIÓN

**¡Necesitamos más información!**

Gracias por inscribirse en los programas de salud de Washington. Sus hijos no son elegibles para Medicaid pero podrían serlo para el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP). Según la información que proporcionó su ingreso se adecua a las pautas de CHIP.

Para finalizar de corroborar la elegibilidad de sus niños en CHIP, necesitamos que nos proporcione mayor información. Su solicitud será rechazada si no contesta y envía por correo el siguiente cuestionario antes del:

Seguro médico	
<p>Para ser elegible en CHIP, sus niños no deben tener actualmente seguro que cubra servicios médicos, hospitalarios, laboratorio y rayos x (radiografía). Si alguno de sus niños tiene un seguro que cubre <b>los cuatro</b> servicios, por favor escriba abajo el nombre del niño y el nombre de la compañía de seguro.</p> <p><i>(No incluya seguro automotor, Servicios de Salud para Indígenas o seguro escolar para deportes o accidentes en la escuela)</i></p>	
NOMBRE DEL NIÑO	COMPAÑÍA DE SEGURO

Seguro Médico Relacionado con el Trabajo		
<p>Si ha dejado de participar en los últimos cuatro meses en la cobertura médica relacionada con el trabajo, podría tener que esperar 4 meses para que sus niños estén cubiertos. Las siguientes preguntas nos ayudarán a decidir si deberá someterse a un período de espera. Un período de espera son 4 meses completos que comienza el día después que terminó la cobertura médica relacionada con el trabajo. El período de espera finaliza el último día del cuarto mes. Por favor responda a las siguientes preguntas:</p>		
1. ¿Ha dejado de participar en cobertura médica relacionada con el trabajo para alguno de sus niños en los últimos cuatro meses?	SÍ	NO
2. ¿Tenía el seguro médico cobertura médica, hospitalaria, rayos x (radiografía), y servicios de laboratorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿El costo del seguro médico para su familia era menos de \$50 por mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Seguro Médico Relacionado con el Trabajo (Continuación)**

- 4. Si contestó "Sí" a las 3 preguntas (1, 2 y 3), sírvase leer el **folleto azul** adjunto y determinar si alguna de las razones listadas desde la letra "a" a la "h" precisan la razón por la cual dejó la cobertura médica relacionada con el trabajo para sus niños. Si hay alguna razón en el folleto azul que se adecue a su caso, escriba cualquiera de las letras (a-h) aquí. \_\_\_\_\_
- 5. Si respondió "Sí" a las 3 preguntas (1, 2 y 3), pero ninguna de las razones en el **folleto azul** se adecuan a su caso, sírvase escribir los nombres de los niños y la fecha en que terminó la cobertura del seguro. Sus niños podrían tener que esperar 4 meses para recibir la cobertura de CHIP.

NOMBRE DEL NIÑO	FECHA EN QUE TERMINÓ LA COBERTURA

**Primas mensuales**

Para ser elegible en CHIP, usted debe pagar una prima mensual. El costo de la prima es \$15 mensuales por cada niño con un límite de \$45 por mes por familia. Si se determina que sus niños son elegibles en CHIP, usted comenzará a recibir cuentas mensuales en concepto de la prima junto con un sobre de retorno para realizar el pago.

Las primas no se aplican a los niños indígenas americanos o nativos de Alaska. Por favor, escriba el nombre de todo niño por el cual está solicitando cobertura que sea indígena americano o nativo de Alaska.

NOMBRE DEL NIÑO INDÍGENA AMERICANO	NOMBRE DEL NIÑO NATIVO DE ALASKA

Si tiene preguntas, llame al: **1-800-204-6429**. Estamos aquí para ayudarle. La línea TTY/TDD es 1-800-204-6430 (únicamente para personas con dificultades auditivas o del habla; su teléfono debe estar preparado para usar esta línea). También puede visitar nuestro sitio en la red en <http://maa.dshs.wa.gov/CHIP/>